Rok XLVIII. Kraków, dnia 2. października 1909. Nr 40

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

Fournier w swych wykładach klinicznych o kile, wydanych w r. 1881 [11]), zwrócił uwagę na znaczenie i częstość nabywania jej na drodze pozapłciowej, a określając potrzebę poznania tego rodzaju przypadków nietylko jako »affaire de curiosité«, zaznaczył ich interes kliniczny i doniosłość rozpoznawczą. Ten ostatni wzgląd ma niewątpliwie znaczenie dla lekarza praktycznego, gdyż pomyłki w tym kierunku, i to ciężkie, przydarzały się, o czem świadczą przypadki notowane w piśmiennictwie: Claude [12]) podał przypadek, w którym wrzód sutka rozpoznany jako rak, sprowadził wyłuszczenie sutka i gruczołów chłonnych sąsiednich; Siepe [13]) wspomina o operacyi gruczołów podszczękowych u 20-letniej chorej, u której potem na klinice Doutreleponta stwierdzono wrzód pierwotny na błonie śluzowej policzka. Rolleston [14]) opisał przypadek, w którym 28-letni mężczyzna zgłosił się z rozpoznaniem dyfteryi nosa i poświadczeniem, że w wydzielinie błony śluzowej stwierdzono prątki Loefflera. Rolleston stwierdził jednakże wysypkę tułowia, a gdy po zastosowanem leczeniu przeciwkiłowem, początkowe silne obrzmienie nosa ustąpiło, umożliwiając dokładniejsze jego zbadanie, stwierdzono wrzód pierwotny w prawym otworze nosa. O podobnych pomyłkach rozpoznawczych wspominają również Esmarch, Münchheimer ze szpitala wrocławskiego, Neumann i inni.

Świadomość możliwości zakażenia nietylko na drodze stosunków płciowych, ma również znaczenie hygieniczno-społeczne, a zwłaszcza przy zakażeniach mniej lub więcej masowych, gdzie kilku członków rodziny lub osób ze sobą bliżej się stykających, chorobę w ten sposób może nabyć. W tych wypadkach właściwe rozpoznanie nietylko że skieruje leczenie na odpowiednie tory, ale może zapobiedz dalszemu szerzeniu się zakażenia. Toż samo znaczenie odnosi się do t. zw. zakażeń zawodowych, np. u robotników w hutach szklanych, u fryzyerów i golarzy.

Słusznie tedy zaczęto poświęcać od lat przeszło 20 w literaturze lekarskiej baczniejszą uwagę wrzodom pierwotnym, umiejscowionym poza częściami płciowymi i rozmaitym sposobom przenoszenia zarazka kiłowego. Kazuistyka spostrzeżeń tego rodzaju jest od tego czasu dość liczną.

W r. 1894 Bulkley [15]) zebrał i ogłosił statystykę wszystkich przypadków zakażeń pozapłciowych, ogłoszonych do r. 1890 w całej literaturze lekarskiej; liczba ich wynosiła 9058, a zestawił on je w tablicy, grupującej przypadki podług umiejscowienia wrzodów i według krajów, z których ogłoszenia pochodziły.

Statystykę Bulkleya uzupełnił Münchheimer zebraniem dalszych przypadków, ogłoszonych do końca roku 1895, a było ich 1207, czyli razem z zebranymi przez Bulkleya 10265.

Z dostępnej mi literatury starałem się uzupełnić tę statystykę zebraniem przypadków, ogłoszonych od r. 1896 do końca r. 1908, w liczbie ich jednakże zamieściłem przypadki, spostrzegane u nas i tylko w naszej literaturze ogłaszane, z datą znacznie wcześniejszą, bo od r. 1880 począwszy a to z tego powodu, że nie zostały one uwzględnione w statystyce Bulkleya i Münchheimera. Ilość tych wszystkich zmian pierwotnych pozapłciowych, przezemnie zebranych, wynosi 842; ugrupowawszy je podług wzoru Bulkleya, t. j. podług umiejscowienia zmiany i miejscowości, skąd pochodziło ogłoszenie, uzyskałem następującą tablicę jak niżej.

Z większych statystyk, obejmujących jednak tylko zestawienia przypadków z pewnej grupy umiejscowień, wymienić należy obliczenia poczynione przez Sędziaka [16]). Według niego zmiany pierwotne w górnych drogach narządu oddechania i trawienia jakoteż w nosie, należą do rzeczy stosunkowo częstych, a ilość przypadków wrzodów pierwotnych, zebranych z całej literatury, z siedzibą w jamie ustnej, gardłowej, noso-gardłowej, w nosie i uszach wynosiła 3767 (do r. 1900). Następnie Szadek [17]) zebrał wszystkie ogłoszone w literaturze do r. 1894 przypadki

[11]) Leçons clinique sur la syphilis. Paris II. edit. 1881.

[12]) Cyt. przez Münchheimera.

[13]) Über extragen. Sclerosen. Inaug. Disserl. Bonn 1892.

[14]) Ein Fall von intranasalem Primärsyphilid mit Vortäuschung von Diphterie. Ref. Monatshefte f. pr. D. 1906. T. 44.

[15]) Bulkley l. c.

[16]) Über luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. Odb. z Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1900 (po polsku w Gazecie lekarskiej 1901.

[17]) Szadek. Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przełyku. Przegląd chirurgiczny. T. I. R. 1894. str. 687.

Umiejscowienie zmiany pierwotnej pozapłciowej		Wargi	Palce rąk	Nos	Jama ustna (Podniebienie, dziąsła, błona śluz. policzka)	Migdały i łuki	Język	Powieki oka	Policzki	Podbródek	Ucho zewn.	Czoło, głowa, kąt noso-brwiowy	Szyja, kark, klatka piersiowa	Sutki	Ramię, uda, pachwiny	Pośladki, otwór stolcow. i kiszka stolc.	Brzuch, wzgórek łonowy	Prącie i ciała jamiste [1]	Moszna [2]	Nieznane	Suma
Warszawa i Król. Polskie	1880—1908	26	5	2	—	10	1	1	1	1	1	1	1	95	—	13	—	11	4	—	173
Kraków	„	21	1	1	—	6	—	1	—	—	1	—	1	10	10	6	2	2	10	14	86
Lwów	„	6	2	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	6	1	2	1	—	—	2	25
Anglia	1896—1908	20	15	4	2	14	5	1	1	—	—	—	—	1	6	3	—	—	—	—	72
Austrya i Węgry	„	35	4	4	4	8	3	3	4	5	—	2	1	7	3	—	1	2	—	—	86
Niemcy	„	32	14	2	3	6	2	13	6	2	—	1	—	—	3	2	2	—	—	2	90
Francya	„	10	3	4	7	10	—	10	—	2	—	2	1	5	4	—	—	—	—	—	58
Rosya	„	20	15	3	1	44	1	5	1	2	—	1	1	4	2	1	7	1	—	—	109
Włochy	„	3	—	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	22
Ameryka	„	33	28	4	6	10	6	4	3	1	1	1	2	3	3	7	2	1	—	—	115
Holandya, Belgia	„	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Turcya	„	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Australia	„	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Rumunia	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Suma		206	88	26	23	114	20	43	18	14	3	8	7	143	32	34	16	17	14	16	842
%		24·4%	10·4%	3%	2·7%	13·5%	2·3%	5·1%	2·1%	1·6%	0·2%	0·9%	0·8%	17%	3·8%	4%	1·9%	2%		1·9%	

Uwaga: [1]) Odnosi się do prącia noworodków (po obrzezaniu), w jednym przypadku po kateteryzowaniu (Montgomery).
[2]) W kazuistyce Krzyształowicza i Mayzla zaliczone do pozapłciowych, jakkolwiek ściśle tu nie należą.

pierwotnego stwardnienia migdałków i przełyku, podając liczbę ich na 272.

Zachodzi pytanie, czy wobec znacznego stosunkowo rozpowszechnienia kiły wogóle, wielkiej zaraźliwości zmian jej świeżych, umiejscowiania się tych zmian na miejscach łatwo dostępnych z jednej strony, łatwego stykania się chorych ze zdrowymi na szerokiej linii stosunków domowych, towarzyskich i społecznych, nie zawsze ścisłego przestrzegania czystości z drugiej strony, czy wobec tego wszystkiego droga zakażania się pozapłciowego nie jest zbyt częstą. Jeślibyśmy na to pytanie chcieli dać odpowiedź na podstawie osobistego doświadczenia każdego z lekarzy, mającego dużo do czynienia z chorymi wenerycznymi, wypadłaby ona przecząco; t. zn. że w stosunku do ogólnej liczby chorych mała ich liczba nabywa choroby w sposób, o którym mowa. Jasną i niedwuznaczną odpowiedź dać mogą w tym kierunku zestawienia statystyczne. I te jednakże przedstawiają, jak to poniżej zobaczymy, pewne wahania i niedokładności, które stają się zrozumiałymi, jeśli zważymy, że pochodzą one z najrozmaitszych źródeł, że dokonane są na podstawie rozmaitego sposobu obliczania i że opierają się na spostrzeżeniach różnych obserwatorów, niejednokrotnie z łatwością przyjmujących podawane przez chorych sposoby i źródła nabycia choroby. Z drugiej strony niewątpliwie pewna ilość zakażeń pozapłciowych nie dochodzi albo zupełnie do wiadomości lekarza, lub też, doszedłszy, nie bywa ogłaszana.

W każdym razie z liczb tych, zestawionych z rozmaitych szpitali, a obejmujących zawsze pewien dłuższy okres czasu, możemy sobie wytworzyć pewien obraz, rzucający światło na częstość zakażeń pozapłciowych i stosunek tej częstości do ogólnej liczby przypadków kiły. Bulkley określa ten stosunek na 5·2% w ogóle, w szczególności zaś 6% u mężczyzn, a 12% u kobiet, Fournier oblicza ilość zakażeń pozapłciowych na 7·8%, Jullien na 3·6% u mężczyzn, a 18% u kobiet. Pospelow[18]) zestawił zakażenia te, spostrzegane w latach 1878—1887 w szpitalu Miaznitzkiego w Petersburgu, przeznaczonym dla syfilitycznych robotników, podając ilość ich w tym dziesięcioletnim okresie czasu na 198, przyczem zaznaczył, że rocznie zakaża się na drodze pozapłciowej 15—20 robotników. Mniej więcej w tym samym okresie czasu (1877—1884) wynosił, według obliczenia Petersena, stosunek zakażeń pozapłciowych w szpitalu Aleksandra 1·9%, Gródinger[19]) zaś podał go dla chorych leczonych w szpitalu w Rydze, na 1·3%. Krefting[20]) ogłosił w r. 1894 zebraną przez siebie statystykę zakażeń w szpitalu w Chrystyanii za lat 25: na 2916 chorych, w tym czasie leczonych, było 539 przypadków kiły pozapłciowej, co odpowiadało stosunkowi 15·6% (4·3% u mężczyzn, 12·8% u kobiet); jest tu uderzającą wysoka różnica w porównaniu z ogłoszeniami skądinąd podanemi. Z kliniki wrocławskiej ogłosił Protzek za czas od 1879—1890 93 przypadków takich zakażeń = 1·32% ogółu chorych, Münchheimer[21]) uzupełnił te daty aż do końca r. 1895. W ciągu tych 5 lat spostrzegał 46 przypadków = 1·5% ogólnej liczby chorych, a 1·02% mężczyzn, 2·07% kobiet, biorąc atoli za podstawę

[18]) Pospelow. Über extragenitale Syphilisinfection. Archiv. f. D. u. S. 1889. T. 21.

[19]) Ref. Monatschr. f. prakt. Dem. R. 1888.

[20]) Krefting. Extragenitale Syphilisinfection. Archiv. f. D. u. S. R. 1894. T. 26.

[21]) Müncheimer. Über extragenit. Syphilisinfection. Arch. f. D. u. S. R. 1897. T. 40. str. 191.

rachunku sumę wszystkich, w tym czasie leczonych, chorych kiłowych. Jeżeli jednak obliczenia swe zestawił w stosunku do wrzodów pierwotnych, w tym czasie na klinikę przyjętych, to według tego obliczenia było 32·79% kiły pozapłciowej (3·09% u mężczyzn, 6·9% u kobiet). Ten dwojaki sposób zestawiania, nie zawsze przez autorów wyjaśniony, tłomaczyć nam może, do pewnego stopnia, niektóre znaczne wahania w porównaniu rozmaitych statystyk ze sobą. (C. d. n.).

Spostrzeżenia z praktyki.

W sprawie działania lulecznicy.

Podał

Dr Sałaban.

Lulecznica (*scopolia atropoides* Schultes, *scopolia carniolica* Jaco, verrückte Rübe), należy do rodziny psiankowatych *solanaceae*; ojczyzną jej jest Europa południowa; ta lulecznica jest znana w handlu jako europejska, w odróżnieniu od japońskiej (*copolia iaponica* Maxim), rosnącej w Chinach i Japonii i tamże oficyalnej. Kłęby (*rhizoma*) obu roślin zawierają, co do jakości, te same składniki, rodzinie psiankowatych właściwe, jakoto: atropinę, hyoscyaminę i hyoscynę, co do ilości zaś, kłęby lulecznicy japońskiej zawierają o połowę prawie tych składników mniej, niż europejskiej, która ma zawierać średnio 0,4—0,5% alkaloidów razem wziętych.

Tymto właśnie alkaloidom, a głównie hyoscyaminie, której ma zawierać najwięcej, zawdzięcza lulecznica swe działanie; zaletą lulecznicy ma być to, że nawet przy dłuższem używaniu, np. przez szereg miesięcy ma nie wywoływać szkodliwego działania ubocznego, na jakie chory nie rzadko narażony bywa przy najostrzejszem nawet stosowaniu dzielnie działającej, stosowanej w podobnych przypadkach hyoscyny (*hyoscinum hydrobromicum*).

Na czem ta właściwość łagodnego działania polega, czy na szczególnem ugrupowaniu drobin, czy też na obecności jeszcze innych ciał i związków chemicznych, zobojętniających uboczne działanie, na to odpowiedzi — jak dotąd — niema.

Już w r. 1897 zwrócił Podack uwagę na korzystne działanie kłębu lulecznicy na drżenie w drżączce poraźnej (*paralysis agitans*) a lek ten odkrył przypadkowo, obserwując wieśniaka, cierpiącego na drżączkę poraźną, który przez lat 30 codziennie jadał kłęby tej rośliny, bez jakichkolwiek szkodliwych następstw ubocznych. Lek ten jednak, aż do ostatnich czasów, nie miał szerszego zastosowania, ani też nie był klinicznie badany. Dopiero w r. 1902 Ketly badał działanie tej rośliny w dwóch przypadkach drżączki poraźnej i jednym nerwicy urazowej a spostrzeżenia swe o korzystnem działaniu kłębu lulecznicy w pomienionych chorobach, ogłosił w »Therapie der Gegenwart« (z marca 1903).

Gdy niedawno nasunął mi się przypadek, w którym rozpoznawałem chorobę Parkinsona, postanowiłem przeto spróbować działania kłębu lulecznicy. Przypadek ten dotyczy 46-letniej mężatki, która nigdy nie rodziła, regularność straciła przed 7 laty, poczem — jak podaje — wkrótce zauważyła drżenie rąk. Drżenie to, mimo leczenia — przeniosło się zwolna kolejno na głowę i szczękę dolną, a w końcu na kończyny dolne tak, że chora nie może sama ani żywić się, ani stać, nietylko z powodu drżenia kończyn dolnych, ale także z powodu zawrotu głowy i uczucia przy staniu, jakoby padała ku przodowi. Z tego powodu przez kilka miesięcy (7 r. choroby) prawie wyłącznie leżała. Prócz tego skarżyła się na rozliczne bole, pieczenie i mrowienie, szczególnie w kończynach dolnych.

Badanie wykazało co następuje: chora licho odżywiona, sprawia wrażenie osoby bardzo chorobą wyniszczonej, o wejrzeniu apatycznem, wyrazie twarzy maskowatym; postawą ciała pochyloną ku przodowi. Chora nie może stać; nie może mówić dłużej z powodu silnego drżenia szczęki dolnej. Mowa jednostajna i utrudniona. Wybitne drżenie kończyn górnych, szczęki dolnej, głowy i kończyn dolnych. Odruchy ścięgniste lekko wzmożone, więcej po stronie prawej. Czucie dotyku, bolu i ciepłoty oraz lokalizacya czucia bez zmian. Uporczywe zaparcie stolca. Wybitny objaw propulsyjny i retropulsyjny. Próba pisania ujemna. Chorej podałem kłęby lulecznicy (*rhizoma scopoliae carniol.*) w proszku po 0,25. Po wyżyciu dziesięciu proszków, nastąpiła widoczna poprawa co do drżenia. Próba pisma wypadła jak poniżej:

Joanna Pelischkowa (1)
Słowackiego

Chora dostała następnie piętnaście proszków po 0,3, po wyżyciu których stwierdzić się daje widoczna poprawa w stanie ogólnym. Drżenie szczęki dolnej jest widoczne jeszcze przy dłuższem mówieniu, a drżenie rąk, lubo znacznie mniejsze, to jednak jeszcze widoczne. Również i drżenie kończyn dolnych wybitnie mniejsze. Podmiotowe uczucie zawrotu głowy zmniejszyło się także. Chora wykonywać może ruchy prawie swobodnie. Próba pisma:

Joanna Pelischkowa
ul. Słowackiego

W rzeczywistości jednak próba ta nie odpowiada istotnemu stanowi choroby, gdyż chora przed badaniem odbyła w towarzystwie męża i siostry dłuższą drogę, wskutek czego widoczne było znaczne umęczenie i drżenie rąk się zwiększyło.

Po następnych dziesięciu proszkach po 0,35 próba pisma wypadła jak poniżej:

Joanna Pelischkowa
ul. Słowackiego

Chora czuje się podmiotowo dobrze. Brak zupełnie prawie drżenia, mowa swobodna i zrozumiała, postawa ciała również znacznie swobodniejsza. Chora wykonywa już wszystkie czynności, nawet cięższe prace, w zakres gospodarstwa wchodzące, odbywa długie spacery, a ruchy rąk tak dalece opanowywa, iż wykonywa nawet bardziej skomplikowane czynności, jak np. zapinanie guzików, szycie i t. p. W dalszym ciągu wyżyła chora proszków po 0,35 jeszcze dziesięć. Chora brała lek przez dni 45, począwszy od 10. VIII. 1908. Obecnie od dziewięciu prawie miesięcy obywa się bez proszków, a stan chorej mimo nawet silniejszych wzruszeń umysłowych, jakie przebyła, wskutek choroby matki, nie uległ znaczniejszemu pogorszeniu, tylko w piśmie minimalne drżenie zauważyć się daje. Zaparcie stolca, doznało w czasie leczenia znacznej poprawy. Próba pisma zdjęta, dnia 27. V.:

Joanna Pelischkowa
Słowackiego

Przez cały czas leczenia nie zauważyłem objawów podrażnienia, ani zatrucia; czasami tylko chora wspominała, o nie wiele znaczącem, uczuciu wysychania w gardle.

Kłąb lulecznicy stosowałem również w jednym przypadku

drżączki starczej, w dawce małej po 0,2. Środek ten jednak w tym przypadku całkowicie zawiódł. Stan chorego nietylko nie uległ żadnej poprawie, ale zaraz z początku zażywania, wystąpiły objawy zatrucia, w postaci pieczenia, uczucia suchości i ściskania w gardle i uczucia wysadzania oczu z oczodołów. Drżenie rąk zwiększyło się. Chory sam przestał zażywać lek, a objawy wkrótce miały ustąpić.

Próbowałem także podawać lulecznicę w jednym przypadku padaczki. Chory dobrze odżywiony i w sile wieku cierpi na padaczkę już od lat kilku; w ostatnich miesiącach, stan znacznie się pogorszył. Napady trapiły chorego, prawie co noc, nie rzadko po dwakroć, a często i w dzień. Przez wzgląd na silną budowę ciała, dobre odżywienie i okoliczność, że chory, przez czas swojej choroby wyżył sporo narkotyków i do nich się przyzwyczaił, podałem choremu dawkę większą: 10 proszków, po 0,4. Przez cały czas używania leku, chory nie miał ani jednego typowego napadu. W miejsce napadu występowały z początku leczenia tylko krótkie lekkie stany zamroczenia, które całkowicie ustąpiły przy dalszem zażywaniu proszków. Chory przez kilka miesięcy nie miał odtąd ani jednego napadu. Tu również nie zauważyłem objawów zatrucia, z wyjątkiem mało znaczącego uczucia wysychania w gardle.

Z tych trzech spostrzeżeń nie śmiałbym wysnuwać wprawdzie żadnych ogólniejszych wniosków, zwłaszcza, że obserwacyi w praktyce prywatnej na prowincyi daleko do tej ścisłości, jaka jest konieczna do oceny wartości jakiegoś leku, a jaka jest możebna tylko na materyale klinicznym lub szpitalnym, oraz, że zarówno w toku drżączki porażnej, jak i w toku padaczki mogą się przecież zdarzać samoistne zwolnienia (remisye). Zdaje mi się jednakże, że kłąb lulecznicy (pomimo, iż nie jest bezwzględnie wolny od działania ubocznego, jak się okazało u chorego na drżączkę starczą), godziłoby się na większym materyale wypróbować i sprawdzić jego wartość. To też celem niniejszej notatki jest zwrócenie na ten środek uwagi tych kolegów, którzy rozporządzają odpowiednim materyałem i prośba o podjęcie na szerszą skalę prób z kłębem lulecznicy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bychowski. **O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909, Nr 27—28). W listopadzie r. 1908 zgłosiła się do B. 17-letnia chora z powodu silnych bolów głowy i wymiotów. Od roku osłabienie wzroku, stale się pogarszającego. Chora apatyczna. Pokład tłuszczowy obfity (w ostatnich czasach przybyło chorej 12 funtów). Chora nigdy nie miała jeszcze regularności. Badanie wykryło niedowidzenie połowicze (hemianopsyę). Siła prawego oka $^1/_8$, lewem poznaje chora tylko ruchy palców. Wobec braku zmian na dnie oka i wspomnianych objawów rozpoznał B. cierpienie przysadki mózgowej, a to opierając się także na badaniach Fröhlicha, który wykazał, że niektórym guzom przysadki, zwłaszcza tym, które nie wywołują akromegalii, towarzyszy nadmierne tycie, zanik, lub niedokształcenie się narządów płciowych. U chorej B. był też zupełny brak włosów pod pachami, skąpe uwłosienie wzgórka łonowego, brak regularności i zaniki narządów płciowych. Badanie podstawy czaszki promieniami Röntgena wykazało wybitną i cechującą zmianę kształtu siodła tureckiego, mianowicie brak wyrostków pochyłych przedniego i tylnego i rozszerzenie podstawy. Mimo skąpego jeszcze na tem polu piśmiennictwa polecił B. chorej operacyę, na którą się zgodziła. Wykonał ją 12. grudnia 1908 Prof. Eiselsberg w Wiedniu i znalazł torbiel przysadki. Pierwsze 8 dni chora miała się dobrze; 9. dnia wystąpiły objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, lecz zawierający jedynie drobnoustrój, zbliżony do *bac. foecalis alcaligenes.* Pod wpływem stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej Paltaufa i śródżylnych wstrzykiwań elektargolu stan chorej zaczął się poprawiać. Przy końcu 2. miesiąca pobytu w szpitalu wystąpiła u chorej pierwsza w życiu miesiączka, trwająca 2 dni. Również pole widzenia i siła wzroku stale się polepszały; bole głowy i wymioty ustąpiły. Obecnie można uważać chorą za zupełnie wyleczoną (5. VII. 1909).

Przypadek ten jest bardzo rzadki i ciekawy. Wiadomo, że przy akromegalii przysadka mózgowa prawie w 85% jest zmieniona, względnie powiększona. Według zdania Bendy wzmożona czynność przysadki wywołuje akromegalię, zaś zmniejszona n. p. zwyrodnienie, typ podany przez Fröhlicha. Czynności przysadki zresztą nie znamy. Ciekawe są zmiany, spostrzegane w ciąży. Weichselbaum na zasadzie 150 spostrzeżeń wyraża nawet przekonanie, że na zasadzie tego, jak przysadka wygląda, można w przybliżeniu określić nawet miesiąc ciąży. Spotyka się przytem nietylko powiększenie przysadki, ale i zmianę w obrazie mikroskopowym. Trzebienie wywołuje u zwierząt nieraz powiększenie przysadki; podobne spostrzeżenia poczyniono u eunuchów i skopców (Tandler i Grop). Po trzebieniu często występuje nadmierna otyłość, wypadanie włosów i t. p. Związek przysadki z gruczołem tarczowym jest także ścisły. Często przy zmianach w gruczole tarczowym znajdowano zmiany także w przysadce.

Obecnie znamy już 5 przypadków operacyi przysadki. Wprawdzie nie upłynęło jeszcze wiele czasu od operacyi (od pierwszej operacyi Eiselsberga 2 lata), to jednak z poprawy wysnuć już można różne wnioski. I tak po wycięciu przysadki przy akromegalii spostrzegano wybitne zmniejszanie się rąk, stóp i twarzy (Hochenegg). Podobnie ustępowały zmiany płciowe i objawy oczne. Ponieważ, jak to wykazał Zander, przysadka mózgowa w 60% nie leży w linii środkowej, lecz przesunięta jest trochę na prawo lub lewo, przeto zwykle z początku uciska na jeden nerw wzrokowy.

W ostatnich czasach zaczęto wyodrębniać podobną postać chorobową, powstającą wskutek nowotworów i zwyrodnienia ciała szyszkowatego (*glandula pinealis*). I tu istnieją objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, nadmierna otyłość i zaburzenia wzroku. Natomiast wybitną różnicę spotykamy w narządach płciowych, bo w przeciwieństwie do zmian przy cierpieniach przysadki występuje tu właśnie przedwczesna dojrzałość płciowa.

Zmiany w siodle tureckiem przy cierpieniach przysadki występują w trojakiej postaci: 1) zmiana wejścia do siodła, 2) rozsadzenie i pogłębienie siodła, 3) kombinacya obu poprzednich. Długa postać, t. j. guz rosnący z boków i na dół, nie wywołuje tak prędko ucisku na nerwy oczne; postać tę spotykamy często przy akromegalii.

W ostatnich czasach ma B. w obserwacyi drugi przypadek, dotyczący 19-letniego subjekta handlowego, który od 4 lat przestał rosnąć, natomiast tyje, cierpi na silne bole głowy i umysłowo obecnie zupełnie się nie rozwija. Badanie wykazuje brak uwłosienia płciowego, prącie i jądra zanikłe i wyraźne zmiany w siodle tureckiem. *Klęsk.*

Paysen. **Prosty trójgraniec do wyciągania wysięku opłucnego.** (*Münch. med. Wochs.* 1009, Nr 30). Przyrządy Dieulafoy i Potaina są w użytku za nadto skomplikowane, często się psują i są drogie. Z tego powodu obmyślił P. trójgraniec, który lekarzowi praktycznemu oddać może te same usługi. Składa się on z dwóch części: 1) z właściwego trójgrańca, 2) z zatyczki. Trójgraniec wygląda tak, jak metalowa strzykawka (lub pipeta) razem już z igłą i ma tuż przy igle boczny otwór. Zatyczka zaś idzie aż do końca, podobnie jak przy zwykłym trójgrańcu, tylko ma w środku zgrubienie, które przylega szczelnie do ścian szerszej części trójgrańca i ewentualnie zatyka otwór boczny. Przyrząd ten wprowadza się złożony do opłucnej, poczem wyciąga się zatyczkę o tyle, by otwór boczny, którym odpływa wysięk, był wolny. Gdy chcemy przerwać odpływ lub przetkać igłę, posuwamy znów zatyczkę trochę naprzód, aż poza otwór boczny. *K.*

Riecke. **O mięsakach przełyku.** (*Tow. biolog.* Hamburg 16. III. 1909). Pierwotne mięsaki przełyku należą do rzadkości. Dotąd opisano 28 przypadków. R. spostrzegał na 400 raków przełyku zaledwo jeden przypadek mięsaka przy sekcyi. Przypadek ten dotyczył 46-letniego chorego, przyjętego do szpitala z powodu ropnego zapalenia oskrzeli. Po 3 tygodniach chory zmarł na zapalenie płuc. Przy sekcyi znaleziono okrężny, prawie $^2/_3$ przełyku zajmujący guz, miękki, o powierzchni gładkiej, jedynie w dole trochę rozpadły. Objawów zwężenia za życia nie było, przeciwnie przełyk przy sekcyi okazał się nawet rozszerzonym. Badanie drobnowidowe stwierdziło utkanie mięsaka. Mięsaki przełyku występują w 2 postaciach: 1) jako guzy polipowate, ograniczone, łagodniejsze; 2) jako guzy i nacieki złośliwe, tworzące łatwo przerzuty. Rozpoznanie, zwłaszcza odróżnienie od raka, jest bardzo trudne, chyba zapomocą wycięcia kawałka guza przy oglądaniu przełyku. Leczenie w danym razie operacyjne, jak przy raku. *K.*

Dermatologia i syfilidologia.

Karo. **Leczenie wiewióra lekami w tubkach.** (*Med. Klin.* 1909. Nr 25). Dawno już powziął K. myśl leczenia wiewióra sposobem dla chorego wygodnym, a więc bez strzykawki, bo leczenie to jest dla chorego bardzo krępujące, a nadto lek przytem za krótko pozostaje w cewce. Podawanie leków w postaci oleistej, np. w pręcikach z masła kakaowego nie jest uzasadnione, bo jak wykazał Casper, pod warstwą oleistą drobnoustroje mają właśnie bardzo dogodne warunki rozwoju, wydzielina się zbiera i nie odpływa, a tłuszcz nie dozwala następnie na zetknięcie się z błoną śluzową stosowanych później wstrzykiwań. Nieco już lepszym środkiem jest »Urosanol«, podany przez Benaria, a składającej się protargolowej żelatyny 1—5%. W końcu udało się K. znaleść sposób dogodny dla chorego i pewny w leczeniu. Używa zaś do tego K. t. zw. katheterpurin, podanej przez Caspra (przedstawiającej się w postaci gęstego przeźroczystego syropu), do której dodaje protargolu, albarginy lub ichthargenu. Lek znajduje się w tubkach, zakończonych jak strzykawka i chory zapomocą śruby wstrzykuje sobie z tubki lek wprost do cewki, poczem na chwilę zaciska jej ujście. Dotychczasowe spostrzeżenia na 238 chorych były bardzo zachęcające. Sposób ten uwalnia chorego od ciągłego dbania o strzykawkę i flaszkę z lekiem, a zastosować może go chory sam wszędzie, mając tubki przy sobie. *A.*

Bettmann. **O wewnętrznem leczeniu chorób skórnych solami wapniowemi.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 25). A. E. Wright polecił w r. 1896 stosowanie chlorku wapnia przeciw krwotokom, pokrzywce i t. p. Luff stosował sole wapniowe z korzyścią przy krwawiączce, krwotokach nosowych, odmrożeniach, sprawach skórnych swędzących, pokrzywce i t. p. We Francyi Netler uniknął zapomocą zapobiegawczego podawania soli wapniowych wysypek posurowiczych. Głównem działaniem soli wapniowych jest przyspieszanie krzepliwości krwi. Przez częste jednak podawanie, jak to wykazał Wright, osiąga się skutek przeciwny, t. j. zmniejszanie się krzepliwości krwi. Z tego też powodu podawać należy sole wapniowe krótko, np. przez 2 dni, a potem wstrzymać leczenie na czas dłuższy. Jaki wpływ mają sole wapniowe na choroby skórne, nie wiemy, choć związek taki niewątpliwie istnieje. B. podawał swoim chorym jedynie mleczan wapniowy: Rp. *Cal. lactic. 10,0. Aq. dest. ad 200,0.* S. 1—2 łyżek na godzinę przed jedzeniem 3 razy dziennie. Chociaż B. nie uważa soli wapniowych za lek swoisty, działający zawsze i pewnie, to jednak spostrzegał nieraz uderzający skutek, zwłaszcza przy sprawach swędzących, pokrzywce, plamicy i półpaścu. Ponieważ leczenie to nie jest uciążliwe i nie wymaga szczególnej dyety, powinno się je stosować w każdym przypadku choćby na próbę, bo czasem wywiera skutek znakomity. *A.*

Adamson H. G. **O wykwitach w okolicy otworu stolcowego u dzieci.** (*The Brit. Journ. of Derm.* 1902. 2). Autor podaje cztery rodzaje wysypek skórnych w tej okolicy, które odróżniać należy od wysypek kiły nabytej lub wrodzonej. Przedewszystkiem pojawia się rumień Jacquета, jako następstwo zaburzeń przewodu pokarmowego, a bezpośrednio wywołany mechanicznem drażnieniem miejscowem. Choroba pojawia się w różnej postaci: zwyczajnego rumienia, nierzadko pęcherzykowego, guzków lub przeczosów, a nawet owrzodzeń. Dalej wymienia A. zapalenie skóry łojotokowe na tle zakażenia gronkowcem białym, które łatwo usunąć można kąpielami, przemywaniem wodą borową i maścią siarczaną. Jako trzecią chorobę opisuje autor w tem miejscu częste niesztowice (*ecthyma*), wreszcie liszajec zwyczajny (*impetigo*). Te dwa ostatnie zboczenia występują jednak najczęściej i w innych okolicach ciała równocześnie.

F. Krzyształowicz.

Roberts L. **O chorobach skórnych przenośnych ze zwierząt na ludzi.** (*The Brit. Journ. of Derm.* 1909. 3). Pierwszą grupę chorób stanowią zboczenia na tle zakażenia ziarenkowcami, które stoją na granicy pasożytów i saprofitów, a które znajdujemy tak u zwierząt domowych, jak i u ludzi w zapaleniach torebek włosowych, łupieżach i t. p. Do drugiej grupy zalicza autor paciorkowce, które wywołać mogą liszajec aż do ciężkich postaci zapaleń naczyń chłonnych, głębokich ropni i róży. U koni pojawia się nie rzadko t. zw. *dermatitis contag. pustulosa canadensis*, która odpowiada liszajcowi (*impetigo*) i może być przeniesiona na człowieka. Trzecią grupę stanowią prątki gruźlicy, nosacizny i wąglika. Przeniesienie tych chorób stwierdzono niejednokrotnie; dermatologów zajmuje głównie gruźlica skóry, której przeniesienie ze zwierząt na ludzi niejednokrotnie spostrzegano i która najczęściej bywa tak w jednym, jak w drugim przypadku chorobą ograniczoną. Dalej wymienić należy promienicę, spostrzeganą często u ludzi, jako zakażenie od zwierząt domowych, wreszcie dużą grupę pleśni (*hyphomycetes*), do których należy przedewszystkiem duża grupa grzyba strzygącego (*trichophyton*). Nie ma prawie zwierzęcia, szczególnie z domowych, któreby nie podlegało temu zakażeniu, to też bardzo często spostrzegamy przeniesienie tego grzyba na ludzi, a dziś już znamy kilkadziesiąt odmian tego pasorzyta. Z pasorzytów zwierzęcych zajmuje dermatologa przedewszystkiem świerzb, który u zwierząt może wywoływać bardzo ciężkie następstwa, upadek odżywienia i sił, a nawet śmierci z ogólnego wyniszczenia (u owiec). Chociaż świerzb rozpowszechniony jest w całym świecie zwierzęcym, to jednak człowiek zakaża się, wedle R., najczęściej od konia. *F. Krzyształowicz.*

Pedyatrya.

Stamm. **Jactatio capitis nocturna.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Obraz chorobowy, podobny do kurczu potakującego (*spasmus nutans*), różni się jednak tem, że pojawia się tylko w nocy, występuje z silniejszem natężeniem, bez drżenia gałek ocznych i zazwyczaj u dzieci poza pierwszym rokiem życia, nadto cierpienie to jest uporczywsze i trudniej uleczalne. Wspólny obu cierpieniom jest prawidłowy rozwój umysłowy tych dzieci. Autor opisuje pięć przypadków tego cierpienia w wieku od 2—11 lat. Rokowanie co do życia jest korzystne; jestto jednak cierpienie długotrwałe, a leczenie bywa zazwyczaj bezskuteczne.

Jan Landau sen.

Proskauer. **Acetonurya przy płonicy.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Autor wysnuwa ze swoich badań następujące wnioski: 1) We wszystkich przypadkach płonicy pojawia się początkowo acetonurya o rozmaitem nasileniu i rozmaicie długim czasie trwania. 2) W niektórych, niecałkiem pewnych przypadkach płonicy i w rozpoznaniu różniczkowem między płonicą a wysypką posurowiczą, pojawienie się acetonuryi przemawia za płonicą, brak odczynu jednak nie wyłącza stanowczo płonicy. 3) Acetonurya pojawia się niezależnie od czasu trwania wysypki, wysokości ciepłoty i ciężkości obrazu chorobowego. 4) Przyczyny acetonuryi nie należy szukać w braku węglowodanów z powodu niedostatecznego przyjmowania pokarmów, lecz w wewnętrznym braku węglowodanów, albowiem przez intoksykacyę skutkiem choroby zakaźnej zużywa się więcej węglowodanów. 5) Dla pokrycia ubytku węglowodanów w ustroju, tłuszcz zamienia się w cukier i prawdopodobnie w ten sposób powoduje tworzenie się acetonu. *Jan Landau* sen.

Sohaczewski. **Przyczynek do patogenezy krwotoków jelitowych u osesków.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Krwotoki jelitowe u osesków zdarzają się z najrozmaitszych powodów. Opisany przez autora przypadek dotyczy 5-miesięcznego oseska, leczonego przez 14 dni z powodu nieżytu żołądkowo-kiszkowego. Nagle pojawiło się w stolcu około 3 łyżek stołowych częściowo płynnej, częściowo skrzepłej czarnej krwi. Po kilku godzinach i kilkakrotnie powtarzających się krwotokach zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne wykazały wrzód dwunastnicy, wielkości małej soczewicy, usadowiony na tylnej ścianie, na dwa palce poniżej odźwiernika. Autor przytacza z piśmiennictwa kilka przypadków podobnych i zwraca uwagę na okoliczność, że cierpienie to, dosyć rzadko rozpoznawane, należy do względnie częstych. *Jan Landau* sen.

Cozzolino. **Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Omawiając rozmaite sposoby badania powiększonych gruczołów oskrzelowych dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Przy rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów oskrzelowych należy uwzględnić rozmaite sposoby badania, z których najważniejsze są metody badania fizykalnego. 2) Wielkie znaczenie należy przypisać w rozpoznawaniu powiększonych gruczołów odczynowi tuberkulinowemu. 3) Mniejsze znaczenie ma objaw Smitha, aniżeli badanie promieniami Roentgena. 4) Co do objawu O. de la Campa autor sądu nie wydaje, lecz wyraża zdanie, że wobec łatwości wykonania należałoby w tym kierunku przeprowadzić ściślejsze badania. Objaw O. de la Campa polega na powstawaniu względnego stłumienia przy opukiwaniu na wyrostkach ościstych piątego i szóstego kręgu piersiowego.

Jan Landau sen.

Kay Schäffer. **Epidemia gorączki gruczołowej** (*febris glandularis Pfeiffer*). (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 19. Z. 6). Ostry początek z nagłem podniesieniem się ciepłoty i bolesnem obrzmieniem gruczołów limfatycznych jest znamienny dla tej choroby. Obrzmienie gruczołów dotyczy głównie gruczołów szyj-

nych poza mięśniem sutkowo-mostkowo obojczykowym, poczem mogą nabrzmiewać i inne grupy gruczołów. Zaburzenia jelitowe występują bardzo często. W przypadkach, przebiegających bez żadnych powikłań, (jak zropienie gruczołów, zapalenie ucha środkowego), ciepłota utrzymuje się przez 2—4 dni na znacznej wysokości, później spada nagle. Chorzy znamiennie pochylają głowę. Co do przyczyny wywołującej tę chorobę, to prawie zawsze znajdowano w przypadkach, które były połączone z ropieniem, paciorkowca. Chorobę tę można pomieniać z nagminnem zapaleniem gruczołu przyusznego. Następnie wchodzi jeszcze w grę płonica bez wysypki, ale i tu rozpoznanie jest łatwe, ponieważ przy płonicy zajęte są gruczoły kątowe. Leczenie polega na okładach z octanu glinowego; przy bardzo wysokich wzniesieniach ciepłoty uciekamy się do środków przeciwgorączkowych. Rokowanie jest wogóle dobre, o ile nie dołączy się zapalenie ucha środkowego. *Kostecki.*

M. Otten. **Spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne przy krupowem zapaleniu płuc u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem objawów mózgowych i bakteryemii.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 19. Z. 5). Zapalenie płuc u dzieci różni się przebiegiem od zapalenia u starszych. Wprawdzie ciepłota podnosi się u jednych i drugich nagle, ale u dzieci można spostrzedz już na kilka dni przedtem, pewne osłabienie, zaburzenia w trawieniu i śnie; dzieci nie mogą spać, zrywają się w nocy i płaczą. Przedewszystkiem występują u dzieci przy zapaleniu płuc często objawy ze strony mózgu, tak że wśród spostrzeganych przez autora 250 przypadków, objawy te spostrzegano 34 razy. W wielkiej liczbie przypadków ciepłota utrzymuje się ciągle na jednej wysokości około 39·5°—40·5° przez 7—9 dni, poczem przełomowo opada; rzadko wcześniej następuje zupełny spadek ciepłoty. Plwocina u dzieci rzadko bywa rdzawa. Henoch wśród 160 przypadków widział tylko parę razy plwocinę rdzawo zabarwioną i to u dzieci w wieku 8—12 lat; u młodszych widział ją 2 razy. Z powikłań, zdarza się często zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym, surowiczo-ropnym lub ropnym. Ze strony serca może przyjść do zapalenia osierdzia i tutaj jest znamiennem znaczne zwolnienie tętna po przełomie gorączki. Opryszczki występują u dzieci rzadziej, aniżeli u starszych. Objawy ze strony mózgu występują nieraz na plan pierwszy, tak, że dopiero nakłucie lędźwiowe może nas od pomyłki uchronić; zapalenie ropne opon w przebiegu zapalenia płuc bywa prawie zawsze śmiertelne. We krwi spotykano dwoinki swoiste w około 50%; ilość wyrosłych kolonii nie stała, w związku z ciężkością przypadku. Zwiększenie liczby ciałek białych 15.000—20.000 jest objawem stałym. Ma ono znaczenie w przypadkach rozpoznawczych trudnych, gdzie przypuszczaćby można dur brzuszny; wtenczas zwiększenie liczby ciałek białych przemawia za zapaleniem płuc, zmniejszenie za durem. Rokowanie przy zapaleniu płuc jest lepsze u dzieci, aniżeli u dorosłych. *Kostecki.*

Hasse. **Żółtaczka u noworodków.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 19. Z. 6). Na podstawie kilkudziesięcioletnich badań wypowiada H. zdanie, że żółtaczka zjawiająca się pospolicie u noworodków jest żółtaczką zastoinową, powstającą pod wpływem oddechania przeponowego w pierwszych dniach życia dziecka. Przy obniżaniu się przepony podczas wdechu podnosi się ciśnienie w żyle wrotnej i naczyniach odprowadzających, następuje zastój żółci i dostanie się jej do krwi. Zwiększenie ciśnienia i zastój znikają po kilku dniach skutkiem zmniejszania się wątroby, jakoteż zmiany położenia dwunastnicy i żyły wrotnej wraz z odprowadzającemi naczyniami. (Wywody swoje objaśnia autor rycinami). *Kostecki.*

R. Benard. **O zajęciu opon w przebiegu płonicy.** (*Revue de méd.* 1909. Nr 5). Na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego odróżniać należy zakażenie opon, gdy w płynie nie ma składników komórkowych, odczyn prosty opon, gdy w nim znajdują się limfocyty, a obraz kliniczny jest zatarty, a w końcu właściwe ostre zapalenie ropne płonicze opon-mózgowo-rdzeniowych, gdy zarówno przebieg kliniczny, jakoteż badanie pośmiertne anatomiczne zgodnie dają znamienny obraz choroby, a w płynie znajdujemy leukocyty wielojądrzaste. Autor zajmuje się ostatnią tylko ścisłą jednostką chorobową, wyłączywszy wprzód mnóstwo podanych w piśmiennictwie przypadków niepewnych. Jest to choroba rzadka. Na zebranych przez autora 13.550 przypadków płonicy przypada 9 t. j. około 0·06% przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, czyli na 1500 przypadków płonicy przypada jeden przypadek płoniczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Powikłanie to prawie zawsze zdarza się tylko w wieku dziecięcym, nigdy w wieku dojrzałym i dotyczy na równi obu płci. Najwięcej przypadków opisali Niemcy, później Anglicy i Amerykanie, a na trzeciem miejscu Francuzi. Co do przyczyn wywołujących to w przypadkach nieropnego zapalenia opon mózgowych są one nieznane. Zapalenia ropne bywają przeważnie powikłaniami i to najczęściej przy ropnem zapaleniu uszu. W niektórych przypadkach istnieją prócz tego inne ogniska ropne w ustroju. Rzadko może wystąpić następowe zapalenie ropne opon w przebiegu ropnego nieżytu nosa, ropnego zapalenia zakrzepowego zatoki strzałkowej, ropnego zapalenia oka, w przebiegu ropowicy szyi, urazu czaszki lub wstrząśnienia głowy, a w końcu w przebiegu płoniczego zapalenia płuc. Bakteryologicznie znajdowano najczęściej paciorkowce, rzadziej gronkowce, prątki podobne do Loefflerowskich i dwoinki zapalenia płuc. Wyjątkowo znajdowano prątki Kocha, o ile płonica rozwija się u osobnika gruźliczego; sama płonica, jako taka, w przeciwieństwie do odry i grypy nie usposabia, zdaniem autora, do gruźlicy. Ze stanowiska anatomo-patologicznego dzieli B. zmiany w oponach na odczynowe oraz na połączone ze zmianami histologicznemi. Minimalny odczyn pierwszego stopnia znamionuje według B. silnie wzmożone parcie płynu mózgowo-rdzeniowego po nakłuciu lędźwiowem, tak, iż strumień wytryska prawie poziomo, pozwalając zebrać w 15 sekundach 35 cm^3 płynu. Zapalenia opon właściwe mogą być surowiczo-włóknikowe lub ropne. Zapalenie płonicze opon może wyjątkowo tylko występować pierwotnie, zazwyczaj przebiega jako powikłanie i to najczęściej późno, bo w okresie łuszczenia powstające. Sprawa rozpoczyna się zazwyczaj nagłem podniesieniem się ciepłoty, dreszczami i wymiotami i niczem nie różni się zresztą od niepłoniczego zapalenia opon. Czas trwania płoniczego zapalenia opon wynosi od 1 do 18 dni. Przebieg kliniczny bywa wprawdzie zazwyczaj typowy, ale u osesków i u młodszych dzieci spotyka się też postacie niezupełne, objawiające się wyłącznie wyczerpaniem i drgawkami, albo bolem głowy i przykurczeniami, lub też niepokojem i krzykiem, albo w końcu drgawkami i spadkiem choroby. Zapalenie opon bez odczynu ma rokowanie względne, zależne od siły jadu i odczynu ustroju. Przy zapaleniu opon właściwem jest rokowanie złe. Rozpoznanie staje się ścisłem przez nakłucie lędźwiowe. Zakażenie dochodzi do opon trzema drogami: albo przez bezpośrednie szerzenie się lub też drogą krwi, albo naczyń limfatycznych. W leczeniu poleca autor wielokrotne nakłucia lędźwiowe, kąpiele ciepłe oraz śródżylne wstrzykiwania elektrargolu i kollargolu. *Dr M. Blassberg.*

Położnictwo i ginekologia.

Althoff. **Stosowanie fibrolizyny drogą kiszki stolcowej i pochwy.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 31). Dotąd nie stosowano jeszcze fibrolyzyny drogą kiszki stolcowej lub pochwy. A. próbował to stosowanie i nawet go poleca, otrzymał bowiem n. p. bardzo szybko rozluźnienie zrostów przy ustalonem tyłozgięciu macicy przez stosowanie tamponów napojonych fibrolyzyną. Należy jednak być z podawaniem ostrożnym i zaczynać od małych dawek, a to ze względu, że wiele osób ma idiosynkrazyę do fibrolyzyny. *A.*

Lichtenstein. **Nowe zapatrywania na etiologię białkomoczu ciężarnych.** (*XIII. kongres niemieck. Tow. dla położn. i ginekolog.* Strassburg). L. przekonał się w doświadczeniach na królikach, że uciskanie klatki piersiowej wywołuje często białkomocz w ilości około $^{1}/_{4}$ pr. mle. Białkomocz więc ciężarnych odnieść należy nie do czego innego, jak tylko do ucisku z jednej strony klatki piersiowej, a raczej narządów tamże położonych, a z drugiej do ucisku naczyń nerki przez typowe dla ciężarnych wygięcie kręgosłupa ku przodowi (lordotische Albuminurie). Zachowanie się białkomoczu ciężarnych jest zupełnie podobne do doświadczalnego i lordotycznego, t. j. jest ono przemijającem i nie towarzyszą mu poważniejsze zmiany w nerkach. *A.*

Cramer. **W sprawie wydzielania mleka.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 30). Rozwój gruczołu piersiowego zależy od czynności jajnika. Halban wykazał zapomocą przeszczepiań, że zamiast jajnika zadanie to spełnić może i jądro, a wogóle gruczoł płciowy. Kehrer i Hegar wykazali, że trzebienie młodych osobników żeńskich wpływa hamująco na rozwój sutków. Potwierdzili to u zwierząt Halban i Knauer, przyczem okazało się, że następowe przeszczepienie jajników może znów pobudzić sutki do wzrostu. C. spostrzegał dwa podobne przypadki u kobiet. Części rodne były zanikłe; kobiety te nie miesiączkowały jeszcze wcale (jedna liczyła 31, druga 21 lat). U młodszej ze względu na to, że koniecznie pragnęła regularności ew. po zamążwyjściu dzieci, postanowił C. wszczepić jajniki (właśnie miał zamiar wytrzebić jedną chorą z powodu zmięknienia ko-

ści). Dla zbadania wyjął C. lewy zanikły jajnik. Wszczepił po obu stronach macicy jajniki, wyjęte chorej na zmięknienie kości, a nadto (chora z rozmiękczeniem kości była w 7. miesiącu ciąży), wszczepił między oba mięśnie proste przed otrzewnę w dolny kąt rany ciałko żółte, uzyskane równie i z tamtej chorej. Już w pół roku zjawiła się miesiączka i odbywa się obecnie już siódmy raz zupełnie prawidłowo, co dowodzi, że jajniki działają. Co najważniejsze zaś, to fakt, że potem stale rozwijać się zaczęły piersi. Doświadczenia te dowodzą jasno, że pobudzenie do wzrostu sutka podczas dojrzewania płciowego i regularności, zależy od ciał, które wytwarzają się w działających gruczołach płciowych. Silnem pobudzeniem dla wzrostu sutka jest ciąża. Knöpfelmacher przypuszczał, że i tu jajniki odgrywają główną rolę, tymczasem zaś doświadczenie kliniczne uczy, że i po cięciu cesarskiem z usunięciem jajników piersi rozwijają się i wydzielają prawidłowo. Podobnie spostrzegał C. dobrą czynność sutków po wytrzebieniu chorej na zmięknienie kości, karmiącej. Halban przytacza 4 przypadki trzebienia w ciąży z powodu guzów jajników, gdzie potem karmienie odbywało się prawidłowo. Wobec tego przyczyny wzrostu sutków w ciąży szukać należy nie w jajnikach, lecz gdzieindziej. Halban sądzi, że głównemi przyczynami mogą tu być jedynie albo płód sam, albo też pewne wytwory ustroju matki. Podobne zmiany w sutkach, jak u matki, spotykamy i u noworodka, muszą mieć więc one wspólną przyczynę, która leżeć może albo w łożysku, albo w płodzie. Wszystko, zdaniem Halbana, przemawia za łożyskiem. Zmiany te spostrzegamy i przy zaśniadzie groniastym (2 podobne przypadki spostrzegał i C.). C. twierdzi, że wprawdzie trudno jest zbić zdanie Halbana, ale przecież wiele przemawia przeciwko temu, że tu łożysko odgrywa główną rolę. Starling starał się wyszukać siedliska tych pobudzających substancyi, a to w ten sposób, że wstrzykiwał królikom zawiesiny macicy, jajników, łożyska i płodu przez czas dłuższy, w 6 przypadkach (gdy wstrzykiwał zawiesiny płodu) otrzymał wybitne zmiany w sutkach. Powiększenie sutków wskutek ciąży jest dwojakiego rodzaju: 1) powiększenie w ciąży przy braku pokarmu, 2) powiększenie po porodzie z wydzielaniem mleka. Pierwsza zmiana wpływa hamująco na wydzielanie mleka, wiemy bowiem, że u osób karmiących, które zajdą w ciążę, w drugiej połowie ciąży ustaje wydzielanie mleka. Starling sądzi, że płód podnieca wzrost piersi, ale hamuje wydzielanie mleka, które dopiero z chwilą wydalenia płodu zaczyna się. C. uważa zaś całą tę sprawę jako nabytą cechę płciową, mającą na celu zmuszenie ssaka do szukania sobie pokarmu poza obrębem matki w razie, jeżeli w łonie matki rozwija się drugi płód, potrzebujący niezbędnie odżywienia matczynego. Pobudką do wydzielania mleka może być prócz wspomnianych czynników także mechaniczne drażnienie brodawki, n. p. przez sam akt ssania. Znane są przypadki bardzo długiego karmienia, a jak to wykazał Sellheim nawet w ciąży przez przystawianie innego dziecka możemy wzbudzić wydzielanie pokarmu w sutku. C. wyraża nawet przypuszczenie, że przez systematyczne przystawianie dziecka możnaby może pobudzić do wydzielenia nawet gruczoły mleczne dziewic. Znane są też przypadki, że z potrzeby i mężczyźni karmili! Gruczoł dojrzałej płciowo kobiety podług C. usamodzielnia się już wobec reszty części rodnych, i może przez odpowiednie pobudzanie rozpocząć zaraz czynność. C. przytacza na dowód przypadek, dotyczący 24-letniej kobiety, która w 6 tygodni po porodzie przerwała karmienie na 3 tygodnie, potem karmiła znowu 5 miesięcy, następnie odłączyła dziecko i poddała się wycięciu wyrostka robaczkowego, poczem karmić znowu zaczęła dziecko i karmiła je kilka miesięcy. *A.*

Simmonds. **Gruźlica narządów rodnych niewieścich.** (*Arch. f. Gyn.* T. 88, Z. 1.). Opierając się na 80 przypadkach gruźlicy narządów rodnych niewieścich, znalezionych wśród 6000 sekcyi kobiet, dochodzi S. do następujących wniosków: gruźlica narządów rodnych zdarza się w $^1/_3\%$ wszystkich zwłok kobiecych, najczęściej w drugiem dziesięcioleciu wieku, potem coraz rzadziej. W 87% przypadków zajęte są jajowody, w 76% macica. Prawie zawsze znajduje się przytem dawniejsze zmiany w innych narządach. Prątki gruźlicze, wydzielane ze krwi na powierzchnię błony śluzowej jajowodów i macicy, wywołują albo powierzchowne obumieranie nabłonka, albo wytwarzanie się gruzełków; dopiero potem zajmuje sprawa gruźlicza głębsze warstwy. W jajowodach zdarza się wczesny okres gruźlicy, w którym niema zmian ściany, a tylko w świetle wśród wydzieliny znajdują się prątki gruźlicze. Oprócz gruźlicy, powstającej drogą krwi, zdarza się w rzadkich przypadkach szerzenie się gruźlicy na jajowody od otrzewnej. Pierwotne zakażenie drogą pochwy jest niezmiernie rzadkie. Zmiany anatomiczne rozpoczynają się najczęściej w jajowodzie, stąd dopiero szerząc się na macicę i otrzewną; mogą jednakże rozwijać się współcześnie, a niezależnie od siebie, zmiany i w macicy i w jajowodach. Ciąża może powstać pomimo gruźlicy i przyspiesza jej przebieg. *R.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 2. czerwca 1909.

Przewodniczący kol. A. Krusche. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Kol. Helman wygłosił odczyt p. t.: **„Przyczynek do kazuistyki tętniaków gardzieli“.**

Tętniaki gardzieli należą do niezmiernie rzadkich zjawisk klinicznych. W całej literaturze autor znalazł zaledwie 12 opublikowanych odnośnych spostrzeżeń. Wobec rzadkości tej sprawy chorobowej łatwo zrozumieć można, że większość lekarzy, nie spotykając się nigdy z podobnym przypadkiem, a nawet nie słysząc o możliwości podobnej postaci klinicznej, wcale nie podejrzywa tej sprawy, badając chorego, dotkniętego obrzmieniem gardzieli, to też pożądanem jest szczegółowe uwzględnienie objawów klin. charakterystycznych dla omawianej sprawy chorobowej i opublikowanie wszystkiego, co ze szczupłych danych literatury o tętniakach gardzieli wysnuć można, tembardziej, że nieznajomość ich cech klinicznych często prowadzi do błędów rozpoznawczych i leczniczych. Prelegent dzieli się własnym spostrzeżeniem, dotyczącym 54-letniej chorej, która zwróciła się do niego ze skargą na uczucie jakiejś przeszkody w gardzieli, trwające już od roku. Przy badaniu skonstantowano znaczne wypuklenie prawej połowy gardzieli i miękkiego podniebienia w postaci gładkiego kulistego guza, rozszerzającego się w górę w stronę jamy noso-gardzielowej i ku dołowi w stronę nagłośni i na całej tej przestrzeni pulsującego. Tętnienie występowało wyraźniej przy obmacaniu. Auskultacya zapomocą stetoskopu, umieszczonego na powierzchni guza i na zewnętrznej stronie szyji wykazywała charakterystyczny rytmiczny szmer podmuchowy. Prelegent rozpoznał więc w danym wypadku tętniak gardzieli ewent. tętnicy szyjowej wewnętrz. Wobec bardzo nieznacznych dolegliwości chora nie zgodziła się na operacyę — podwiązanie tętnicy szyj. wspólnej. Dalej prelegent podaje dwa przypadki tętniaka gardzieli, opisane przez Texiera; w jednym z nich mylnie rozpoznano ropień okołomigdałkowy i w 5 dni po dokonaniu próbnej funkcyi chora zmarła, jakoteż przypadek obserwowany przez Wolfa, gdzie u 8-letniej chorej po mieszkowem zapaleniu migdałka rozwinął się tętniak.

Dalej prelegent podaje szczegółową charakterystykę tętniaków gardzieli wogóle, uwzględnia objawy kliniczne i dłużej zastanawia się nad różniczkowem rozpoznaniem, co często nasuwa pewne trudności. Prelegent wyraża przypuszczenie, że tętniaki gardzieli zdarzają się być może częściej, niż o tem sądzić można z danych literatury, lecz bywają mylnie rozpoznawane jako ropnie okołomigdałkowe lub pozagardzielowe, przy otwieraniu których następowało obfite krwawienie z powodu jakoby anormalnego położenia tętnicy szyj. Wszyscy autorzy zgodnie zaznaczają, że na pierwszy rzut oka tętniak gardzieli do złudzenia przypomina obraz, spostrzegany przy ropniach okołomigdałkowych. W końcu prelegent omawia sprawę leczenia tętniaków i zaznacza, że jedyną racyonalną metodą, szybko prowadzącą do zupełnego wyleczenia — jest podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej. (Autoreferat).

W dyskusyi brali udział koledzy Goldberg i Grabowski.

Kol. Goldberg zauważył, że w pierwszym przypadku Texiera przyczyna śmierci nie została ujawniona: nie można stanowczo twierdzić, że śmierć nastąpiła wskutek dokonanej punkcyi. Kol. G. dodaje, że przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy tętniakiem tętnicy szyjowej wewnętrznej i guzem chełboczącym, otrzymującem tętnienie od wspomnianej tętnicy, o ile to rozpoznawanie opierać zechcemy na dotyku natrafimy na nieprzezwyciężone trudności. Wreszcie kol. G. zauważył, że podwiązanie jednostronne tętniaka u jego końca dośrodkowego nie jest w chirurgii uważane za zabieg doszczętny.

Kol. Grabowski zapytuje prelegenta, czy uwzględnił w swym referacie, po jakiej stronie gardzieli tętniaki występują częściej?

W odpowiedzi kol. Helman zaznacza (kol. Goldbergowi), że niewątpliwie punkcya była bezpośrednią przyczyną śmierci w przypadku Texiera. Podczas sekcyi prócz surowiczego płynu w komorach mózgu i skrzepów krwi w worku tętnicy — nic nie znaleziono. Wogóle przypadek ten nie jest dokładnie opisany. Co się tyczy różniczkowej dyagnozy między tętniakami, a guzami krwawymi, to H. w referacie zaznaczył, że ścisłe rozpoznanie jest w takich przypadkach trudne, lecz auskultacya może zapobiedz pomyłce. Niewątpliwie podwiązanie tętniaka w 2 miejscach byłoby bardzo racyonalnem, lecz rękoczyn ten jest tu ze względów technicznych trudno wykonalny. Zresztą podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej dawało przy tętniakach zadawalniające rezultaty. Koledze Grabowskiemu H. odpowiada, że na zasadzie 12 dotychczas opublikowanych przypadków wnosić można, że tętniaki rozwijają się częściej po stronie lewej gardzieli. Jednakże ta nieznaczna liczba spostrzeżeń nie upoważnia jeszcze do uogólnień. *E. Sonnenberg.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ministeryum spraw wewnętrznych poleca lekarzom urzędowym podręcznik Doc. Rambouseka p. t.: Gewerbe-hygiene für oesterreichische Amtärzte i t. p. *X.*

Ministeryum spraw wewnętrznych poleciło rozporządzeniem z dn. 29. sierpnia r. b. starostwom wydać zakaz używania stalowych bomb z tlenem, napełnianych pod większem ciśnieniem jak 6 atmosfer, albowiem wydarzały się już w laboratoryach i szpitalach przypadki gwałtownej explozyi przy otwieraniu wentyla. *X.*

W sprawie walki Towarzystw ochrony zwierząt i ruchu antivivisektycznego, zabiera głos w *Med. Klinik* Doc. Salomon. Nie ulega wątpliwości, twierdzi S., że największe zdobycze w ostatnich czasach zawdzięczamy głównie doświadczeniom na zwierzętach i dlatego próby te są równie dla ludzkości potrzebne jak zabijanie zwierząt dla jedzenia. Głównie podnoszą się głosy przeciw wiwisekcyom ze strony osób, które utraciły np. ukochane przez siebie zwierzę i dowiedziały się, że potem takowe męczono w klinikach i zakładach. Zapobiegać temu łatwo przez nabywanie zwierząt jedynie z rąk koncesyonowanych handlarzy, którzy sami zwierzęta do tych celów hodują. Ponadto należy uważać, by zwierzęta miały odpowiednie umieszczenie i pożywienie, a służba obchodziła się z niemi »po ludzku«. Należy zwierzęta o ile możności do doświadczeń zawsze usypiać i to jeszcze przed przywiązaniem do stolika operacyjnego. Zwierząt używać należy do doświadczeń nowych, a nie do demonstracyi znanych rzeczy. Towarzystwa ochrony zwierząt zrobią lepiej jeżeli swoją energię zwrócą w inne strony, jak na uważanie na zakaz męczenia koni, na męki zwierząt łapanych w żelaza, na polowania z chartami (parforcejagd) i gubienia całych gatunków zwierząt przez zapalonych myśliwych-podróżników. Za daleko może posunęli się ci badacze, którzy dla zniszczenia trypanosomów żądają wygubienia wielu innych zwierząt. Nauka wynajdzie przecież inne na to sposoby. *X.*

Reklama partacka nie przebiera w środkach. Swego czasu ministeryum spraw wewnętrznych zakazało w Austryi sprzedaży elektrycznych aparatów »Energos«, pewnej firmy w Dreznie. Aparaty te działać miały »cudownie« przy chorobach włosów, okazało się jednak, że są one dla zdrowia szkodliwe. Wobec tego zakazu firma Energos odstąpiła te aparaty drugiej, która pod nową nazwą »Ordlit Apparate« puściła znowu je w handel! *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19. IX. do 25. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 1 † —), płonicy 29 † 5 (5 † —), odry 30 † 3 (—), duru brzusznego 20 † 4 (13 † 2), czerwonki 1 (—), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. IX. do 25. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 3 (—), płonicy 6 † 2 (3 † 2), duru brzusznego 8 † 3 (4 † 2), cholery dziecięcej 4 † 4 (1 † 1), róży 1 (—), ospówki 3 (—).

Dr Janiszewski.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Przedłożone obradującemu właśnie Sejmowi »Sprawozdanie z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 15. maja 1908 do 20. sierpnia 1909 roku« odróżnia się od dawniejszych sprawozdań już zewnętrznie przejrzystszem i troskliwszem ugrupowaniem treści. Rozpoczynając, jak zwykle, od ogólnych zestawień finansowych i od ogólnej statystyki naszego szpitalnictwa, przechodzi Sprawozdanie kolejno sprawy obu szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie, sprawy krajowych zakładów dla obłąkanych, następnie sprawy szpitali prowincyonalnych, lekarzy, pozostających w służbie krajowej, okręgów sanitarnych, zdrojownictwa krajowego, dalej omawia stanowisko Wydziału krajowego wobec projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i wobec ruchu przeciwgruźliczego, wreszcie, opisując kolejno, jakie kroki przedsięwziął Wydział krajowy wskutek zeszłorocznych uchwał Sejmu w sprawach sanitarnych, kończy się Sprawozdanie przedstawieniem załatwienia przekazanych Wydziałowi krajowemu przez Sejm zeszłoroczny petycyi. Sprawozdanie Departamentu V. uzupełnia 15 załączników, oraz osobno wydane »Sprawozdanie o stanie szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1908/9« (sprawozdanie inspektoratu szpitali), jakoteż szereg odrębnych sprawozdań o sprawach, wymagających obszerniejszego omówienia.

Już to pobieżne zestawienie wskazuje, że w pracy Departamentu V. Wydziału krajowego zaszły w porównaniu z przeszłością także pewne różnice głębsze, wewnętrzne. Szereg spraw, omówionych w Sprawozdaniu, a więc takich, które Departament sanitarny krajowy praktycznie rozwiązał lub rozwiązać usiłował, jest w tym roku bardziej urozmaicony; Departament objął swą pieczą znacznie szerszy, niż w latach poprzednich. Prawda, że i zeszłoroczna, niebywale długa i żywa dyskusya sanitarna w Sejmie wysunęła na porządek dzienny wiele zagadnień, o których dawniej w naszej sali sejmowej było głucho; ale też, co należy podnieść z naciskiem, — żadnego z głosów, w Sejmie podniesionych, Departament sanitarny Wydziału krajowego nie pominął w tym roku milczeniem (jak to się dawniej zdarzało), każdy wniosek i uchwałę Sejmu widocznie starannie rozpatrywał i do wprowadzenia ich na tory realne zmierzał. Co więcej, widać ze Sprawozdania, że Departament sanitarny Wydziału krajowego nie ograniczył się do roli wykonawcy uchwał sejmowych, ale że, bacznem okiem śledząc tok spraw sanitarnych w kraju, zajął się oprócz tego kilku zagadnieniami, bądźto idąc za głosem opinii publicznej lub haseł, padających ze sfer lekarskich, bądź też samorzutnie, z własnej inicyatywy. W tem słusznie dopatrywać się można dalszego dowodu, że w Departamencie sanitarnym Wydziału krajowego utrwala się ożywczy prąd reorganizacyjny, że zbliżamy się do chwili, w której zostanie opracowany pewien zaokrąglony program działalności Wydziału krajowego i Sejmu na polu sanitarnem i higieniczno-społecznem. O takim zaokrąglonym programie dziś nie może jeszcze być mowy, raz dlatego, że jego opracowanie wymaga dłuższego czasu, zgromadzenia i roztrząśnięcia wielu brakujących dotąd materyałów, dyskusyi publicznej; powtóre dlatego, że właśnie w roku bieżącym znalazły się finanse krajowe w położeniu wyjątkowo krytycznem, a chociaż być może, że już w roku przyszłym rozporządzać będzie kraj znaczną nadwyżką w dorocznym swym budżecie, którą w pierwszym rzędzie należałoby użyć na lepsze udotowanie sanitarnego działu budżetu, na naprawę wieloletnich zaniedbań, — to jednak dziś, wobec kilkunastomilionowego faktycznego deficytu, a przyszłości bądź co bądź niepewnej, trudnoby nawet żądać ogólnych planów na dalszą metę w jakimkolwiek dziale gospodarstwa krajowego.

Usiłowania Departamentu sanitarnego, zaznaczające się wyraźnie już w tym roku, powitać należy z radością; czy znalazły one należyte poparcie w samymże Wydziale krajowym, okaże się poczęści z krótkiego streszczenia przedłożonych Sejmowi sprawozdań, podanego poniżej. Czy usiłowania te znajdą uznanie i poparcie Sejmu w tej mierze, jak zdawała się zapowiadać sesya zeszłoroczna i jakby na to zasługiwały, pokaże dopiero przyszłość.

Sprawozdanie Departamentu V. rozpoczyna się ogólnemi zestawieniami finansowemi i ogólną statystyką ruchu w szpitalach za lata 1906 i 1907.

W r. 1906 wydano na cele zdrowia publicznego 3,556.165 koron; po potrąceniu zwrotów wynosił czysty wydatek 3,272.653 koron. W porównaniu z rokiem 1905 wzrosły wydatki ogółem o 188.015 kor. Wśród wydatków tych główną pozycyę stanowią koszta leczenia (2,866.782 kor.) i dotacya zakładów krajowych (300.607 kor.); na drugiem miejscu stoją koszta szczepienia krowianką (151.898 kor.), lekarzy okręgowych (111,982 kor.), utrzymania podrzutków (58.103 kor.) zasiłków dla zakładów sanitarnych (52.810 kor.), wreszcie leków podczas epidemii (13.983 k.).

Dni leczenia było w r. 1906 — 2,138.547 (więcej o 41.011), średni pobyt chorego wynosił 24·9 dni, utrzymanie jednego chorego 39·03 kor. Dzienny koszt utrzymania jednego chorego wynosił w szpitalach krajowych wraz z klinikami 2·26 kor. (w tem żywienie 0·64), w zakładach obłąkanych 1·47 kor. (0·57), w szpitalach prowincyonalnych 1·26 kor. (0·42).

W r. 1907 wydał kraj ogółem na cele zdrowia publicznego 5,912.835 kor. Ten znaczny w porównaniu z r. 1906 wzrost (o 2,356.670 kor.) jest jednak tylko pozorny, a różnica jest wynikiem poprostu różnicy w sposobie budżetowania. Mianowicie w r. 1906 nie wliczono do wspólnej rubryki trzech wydatków (i dochodów) »zakładów krajowych« (t. j. szpitali lwowskiego i krakowskiego, oraz zakładu w Kulparkowie). Po potrąceniu zwrotów i własnych dochodów zakładów krajowych wynosił czysty wydatek w r. 1907 — 3,872,948 kor.

Dni leczenia było w r. 1907 ogółem 2,218.207 (więcej o 79.660, niż w r. 1906); średni pobyt chorego wynosił 25·4 dni, koszt całego leczenia 43·19 kor. Koszt jednego dnia szpitalnego w szpitalach krajowych wraz z klinikami wzrósł na 2·53 koron (w tem żywienie 0·71), w zakładach dla obłąkanych na 1·66 kor. (0·65), w szpitalach prowincyonalnych na 1·35 kor. (0·45); średnio we wszystkich zakładach wynosił 1·70 kor.

W tem miejscu następują w sprawozdaniu tablice, przedstawiające liczbę szpitali, liczbę łóżek szpitalnych i stosunek jej do liczby ludności, oraz koszta leczenia w 5 najludniejszych krajach austryackich w porównaniu z Galicyą w latach 1901—1905.

Z tablic tych widać, że w ciągu tego pięciolecia wzrosła liczba szpitali publicznych w Galicyi z 35 na 39, w Czechach z 85 na 92, w Austryi dolnej, Styryi i Tyrolu prawie się nie zmieniła. Ogólne koszta leczenia wzrosły w Galicyi z 2,236·808 koron na 3,015.704 kor., w Czechach z 7,608.992 na 9,070.933, w Austryi dolnej z 8,8 na 11,5 milionów, w Styryi z 2,4 na 2,9 milionów, w Tyrolu z 1,6 na 2,03 milionów; koszt dnia szpitalnego wynosił w r. 1905 w Czechach 1·99 kor., w Austryi dolnej 2·68 kor., w Styryi 1·90 kor., w Tyrolu 2,05 kor., w Galicyi tylko 1,46 kor. (w roku 1901 — 1,34).

Zestawienie Galicyi z tymi 4 krajami weszło w sprawozdaniach Departamentu V. od szeregu lat w zwyczaj i w tym też roku jest konsekwencyą tego zwyczaju; jednakże byłoby z pewnością korzystne objęcie takiem zestawieniem jeszcze dwu krajów, zbliżonych do Galicyi tak stopniem kultury i zamożności mieszkańców, jak również niedostatecznem zaopatrzeniem w łóżka szpitalne, t. j. Dalmacyi i Bukowiny. Tablice, pomieszczone w sprawozdaniu, nie dozwalają porównać tych obu krajów z Galicyą co do wzrostu ogólnych wydatków na szpitale, oraz kosztu dnia leczenia; można z nich tylko stwierdzić, że i w r. 1905 stosunek liczby łóżek do liczby ludności (1:1208) był w Galicyi gorszy, niż nawet w Dalmacyi (1:1055) i na Bukowinie (1:1024), i to licząc już wszystkie łóżka, zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych.

Chcąc dosadnie przekonać się o niedostatku miejsca w naszych szpitalach nawet jeszcze w roku 1907, wystarczy przejrzeć alegat II/1907 do Sprawozdania, przedstawiający tabelarycznie »Ruch chorych i koszta w naszych zakładach leczniczych w r. 1907«. Wprawdzie napozór zdawaćby się mogło, że w szpitalach naszych dość miejsca, jeżeli na 6269 łóżkach szpitalnych (publicznych) leżało dziennie średnio 6077 chorych. Jednakże na tę nadwyżkę miejsca w sumie ogólnej wpływa, jak się po rozpatrzeniu tablicy łatwo przekonać, stosunkowo znaczna liczba łóżek, pozostających do swobodnej dyspozycyi w stołecznych oddziałach klinicznych, dalej w szpitalu krajowym we Lwowie i w niektórych szpitalach prowincyonalnych. Natomiast większość szpitali prowincyonalnych, zakłady obłąkanych i położnicze, oraz niektóre oddziały szpitala krakowskiego są stale przeciążone ponad wszelki wyraz, wprost zapchane chorymi. N. p. w Drohobyczu na 120 łóżkach mieści się średnio dziennie 174 chorych, w Husiatynie na 70 łóżkach trzeba pomieścić średnio 110 chorych, w Podhajcach na 85—128, w Stanisławowie na 120—187 (!) i t. p. W Kulparkowie już po rozszerzeniu, w r. 1907, na 1111 łóżek przypadało dziennie średnio 1252 chorych, w położniczym oddziale szpitalnym w Krakowie na 30 miejsc 42 chore.

Jeszcze jaskrawiej objaśnia te stosunki sprawozdanie inspektoratu szpitalnego, podające najwyższe liczby chorych, jakie niektóre szpitale muszą niekiedy pomieścić. Sprawozdanie to wymaga osobnego omówienia; tu wystarczy wspomnieć, że są szpitale, gdzie w okresach nawału chorych wypada po 2, a nawet 3 chorych na jedno łóżko!

Wynika stąd, że akcya w kierunku pomnożenia liczby łóżek szpitalnych w kraju nie przestała być sprawą piekącą i że byłoby prawdziwą klęską dla ludności, gdyby odwleczenie się sanacyi finansów krajowych akcyę tę miało zwolnić lub zahamować.

Przechodząc do spraw szpitali krajowych w Krakowie i we Lwowie, omawia Sprawozdanie Departamentu V. tylko sprawę budowy nowych klinik, oddziałów i t. p. Obraz obecnego stanu tych szpitali, ich braków i t. p., zawierało zawsze sprawozdanie inspektoratu szpitali. Otóż zaznaczyć należy, że w tym roku sprawozdanie inspektoratu podaje z tych szpitali (jak również z zakładu w Kulparkowie) niestety tylko tabelaryczne zestawienie ruchu chorych, nie wspomina zaś wcale o wynikach inspekcyi, ani o dostrzeżonych brakach i koniecznych potrzebach. W tym względzie niema jednak także i w sprawozdaniu Departamentu V. szczegółowych danych, a brak ten jest tem dotkliwszy, im ważniejszą jest rola wielkich zakładów krajowych w naszem szpitalnictwie i im pilniejszą jest potrzeba gruntownej rekonstrukcyi i znacznego rozszerzenia szpitala krakowskiego, na co już i Sejm zeszłoroczny zwrócił uwagę.

Ze spraw szpitala lwowskiego na pierwszem miejscu stawia Sprawozdanie budowę nowych klinik (dermatologicznej, okulistycznej i otolaryngologicznej). Budowa ta niestety przewleka się z powodu ponownych pertraktacyi między rządem, a krajem, wywołanych wzrostem pierwotnie obliczonych kosztów. Wzrost ten powstał wskutek podrożenia materyału i robocizny od czasu opracowania pierwotnych kosztorysów, a więc w okresie dość długo ciągnących się układów między rządem, a krajem. Przy dalszem odwlekaniu sprawy trzeba się doprawdy obawiać, by nie wytworzyło się błędne koło, boć ceny robocizny i materyałów statecznie wzrastają i każda, kilkomiesięczna choćby zwłoka, znowu podnosi kosztorys i znowu wznawia układy obu czynników, usiłujących wzajemnie na siebie przerzucić ciężar tej nadwyżki. Co do kliniki dermatologicznej, to kraj usiłował ostatnią nadwyżkę zmniejszyć z 92.500 na 62.000 koron, proponując modyfikacyę planów i kosztorysów. Na tę propozycyę jednak rząd się nie zgadza. W ten sposób rzecz znowu znalazła się w zawieszeniu. Wzrost kosztorysów kliniki okulistycznej i laryngologicznej o 164.000 koron wywołał potrzebę ponownego przestudyowania planów, co miało nastąpić wspólnie z profesorami tych klinik w drugiej połowie września. Plany zaś i kosztorysy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej znajdują się jeszcze w ministerstwie i Wydział krajowy dotąd ich nie otrzymał. Jedynym przeto realnym postępem w sprawie budowy klinik jest zakupienie parceli na rozszerzenie placów pod budowę.

Za ukończoną można już natomiast uważać sprawę objęcia szpitala dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie na własność kraju, brak bowiem jeszcze tylko dopełnienia formalności końcowych, spaźniających się jedynie dlatego, że budowa pawilonu klinicznego w tym szpitalu nie jest jeszcze ostatecznie ukończona i skolaudowana; niewątpliwie nastąpi to jednakże w ostatnim kwartale b. r. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Doc. Dr Leon Konrad Gliński został mianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii patologicznej; Doc. Dr Stefan Horoszkiewicz profesorem nadzwyczajnym medycyny sądowej, a Doc. Dr Wacław Chlumsky otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Staraniem Prof. Dra Jana Piltza powstanie pod Krakowem lecznica i szkoła dla dzieci nerwowych i psychicznie nieprawidłowych.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Radcy dworu Prof. Drowi Wicherkiewiczowi za ofiarowane bibliotece Towarzystwa książki.

Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— Magistrat stoł. król. miasta Krakowa wydał następujące ostrzeżenie:

Chodząc po chodniku zanieczyszczonym plwociną, wnosimy na obuwiu, a panie także na sukniach, zarazki chorób do mieszkań.

Zaschnięta, rozpylona plwociną dostać się może podczas oddychania do naszych płuc, wraz z kurzem ulicznym i wywołać chorobę.

Widok plwocin na chodniku budzi odrazę.

Nie należy przeto pluć na chodniki.

Dopóki niema spluwaczek ulicznych, należy w razie potrzeby, spluwać do ścieków obok chodnika.

(Zniszczone ogłoszenia będą co miesiąc zastępowane świeżymi).

Lwów. Docenci okulistyki Uniwersytetu lwowskiego Dr Adam Bednarski i Dr Adam Szulisławski otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

— Namiestnik przy otwarciu sesyi tegorocznego Sejmu zaznaczył, że władze administracyjne zajmują się bardzo energicznie zwalczeniem chorób zakaźnych — jeżeli zaś efekt działania nie odpowiada w zupełności staraniom, to przyczyny tego szukać należy w braku ustawy o zwalczaniu chorób epidemicznych, jakoteż w braku odpowiednich urządzeń. Następnie podniósł namiestnik, że sprawa podniesienia Krynicy do rzędu światowych zdrojowisk jest w toku i znajduje się urzeczywistnienie planów na najlepszej drodze.

Komisyę sanitarną Sejmu uzupełniono przez wybór rektora Łazarskiego i posła Szweda.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne warszawskie odbyło w dniach 19. i 20. b. m. Zjazd w Częstochowie, na którem omawiano sprawę ubezpieczenia ludności pracującej, sprawę asanizacyi miasteczek i wsi, oraz higieny chaty wiejskiej. Z Krakowa przybył na Zjazd i przemawiał Prof. Bujwid.

Z różnych stron. W dniu 9. października odbędzie się w Paryżu posiedzenie prezydyum międzynarodowego związku dla badania raka, na którem będzie ustalony porządek dzienny Zjazdu, mającego się odbyć w r. 1910, oraz będzie uchwalony szemat dla statystyki międzynarodowej raka.

Mianowani: Dr Göppert profesorem pedyatryi w Getyndze.

Dr Meyer profesorem i kierownikiem polikliniki w Strassburgu.

Dr Stenenbanu profesorem okulistyki w Bukareszcie.

Doc. Dr Herrenknecht profesorem dentystyki we Fryburgu.

Dr Kiszkin profesorem dyagnostyki lekarskiej w Moskwie.

Dr Krimberg profesorem chemii lekarskiej w Charkowie.

Zmarli: Dr Józef Świątkiewicz, prymaryusz szpitala powszechnego we Lwowie, zmarł w 38 roku życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w wrześniu 1909:

Gazeta lekarska Nr 36. Hornowski: O zachowaniu się układu chromochłonnego w przypadkach śmierci z oparzenia, oraz o wpływie czynników termicznych na tenże układ i praktycznych stąd wnioskach. Nowicki (c. d.). — Nr 37. Higier: Klasyfikacya idyotyzmu. Nowicki (c. d.). Hornowski (c. d.). — Nr 38. Pawiński: Zaburzenia innerwacyi a cierpienia organiczne serca i naczyń. Higier (c. d.). Horowski (c. d.). — Nr 39. Szumowski: Przypadki gruźlicy płuc, leczone metodą Krokiewicza. Pawiński (dok.). Higier (dok.). Nowicki (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 36. Brunner (c. d.). Bregman i Krukowski (dok.). — Nr 37. Matylda i Wacław Bierer: Wpływ ogrzewania ciała na hemolizę. Brunner (c. d.). — Nr 38. Herz i Sterling: Badania nad sokiem psychicznym u chorego po gastrenterostomii. Brunner (dok.). — Nr 39. Biehler: Przyczynek do rozpoznawania plam trądu guzowatego i nerwowego. Herz i Sterling (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 35. Czyżewicz (jun.) (c. d.). Felauerówna (dok.). — Nr 36. Czyżewicz jun. (dok.). Gabryszewski: Solanki jodowe w świetle nowszych badań i ich działanie na zołzy. — Nr 37. Hołodyński: Przypadek samoistnego wessania zaćmy starczej przy nieuszkodzonej torebce. Gabryszewski (dok.). — Nr 38. Franke: O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy niewyrównaniu ukrwienia i o t. zw. kompenzacie obwodowej (incompesatio et compensatio peripherica). Tobiaszek: O wartości wstrzykiwań zewnątrzoponowych u rodzących.

Nowiny lek. Nr 9. Rudzki (dok.). Hermann (c. d.). Zanietowski (c. d.). Ehrenpreiss (c. d.). Gantkowski: Ze Zjazdu internistów polskich w Krakowie.

Głos lekarzy Nr 17. Referat Izby zachodnio-galicyjskiej w sprawie braku lekarzy w służbie kolejowej. Walka z gruźlicą. Ankieta Wydziału krajowego (dok.). Sieradzki (dok.). — Nr 18. Papée: W sprawie rzekomego braku lekarzy. Jaworski i Mięsowicz: O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach. Klęsk: Minimalne honoraryum.

Kronika dentyst. Nr 9. Wisłocki i Krakowski: Wspomnienia pośmiertne o ś. p. Doc. Drze Andrzeju Gońce. Haberfeld: O wkładach złotych. Wisłocki: Przypadek przedwczesnego ząbkowania. Rancman: Nowe trzymadło do tamponów.

Przegląd higieniczny Nr 8 i 9. Ogórek-Pankowa: Nerwowość i kultura. Piasecki: Epidemia płonicy w mieście Lwowie w latach 1907—1909.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. Lipiec 1909. Krzyształowicz: Przyczynek do poznania patogenezy bliznowców (keloid). Chybczyński: Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Prof. Dr A. L. Wolbarst w Nowym Yorku podaje do wiadomości (Zeitschrift f. Urologie u. vener. Krakh. 1909. Nr 2) wyniki dalsze leczenia wiewióra arhoviną, oparte na kilkuset spostrzeżeniach. Podawano dziennie 3—4 razy po 2 kapsułki, rozpoczynając odrazu od tej liczby bez względu na to, czy przypadek był ostry czy przewlekły i podając lek tak długo, jak długo chory wymagał leczenia. Przeciętnie trwało leczenie 6 tygodni, w przewlekłych przypadkach do 10 tygodni. Za wyleczone uznawano przypadki, w których brakło objawów przedmiotowych i podmiotowych, gdzie mocz był czysty, gdzie po miesieniu gruczołu krokowego nie otrzymywano ropy i nitek, w których zwykła próba wyskokowa wypadała ujemnie i w których po miesiącu stwierdzano znowu stan dobry. W. podaje, że objawy ciężkie przy tym sposobie leczenia łagodniały już po paru dniach, ustępowało parcie na mocz, moczenie stawało się mniej częste i mniej bolesne. Objawów podrażnienia przewodu pokarmowego lub nerek nie stwierdził W. nigdy. Powikłania poważniejsze zdarzały się stosunkowo rzadko. Zdaniem W. działa arhovina nietylko zabójczo na gonokoki lecz stwarza z błony śluzowej złe podłoże dla ich rozwoju, co jest ideałem leczenia. Arhovina jest znakomitym środkiem wspomagającym odpowiednie leczenie miejscowe wiewióra, a to przez zmniejszenie zapalenia błony śluzowej. *Hr. W.*